

Vinyals Rojas, E., y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). [Formación en salud mental en primera persona: de las experiencias personales al empoderamiento colectivo y la transformación del sistema](#). *Átopos*, 18, 61–73.

Formación en salud mental en primera persona: de las experiencias personales al empoderamiento colectivo y la transformación del sistema

Edgar Vinyals Rojas^{1,2}, Francisco José Eiroa-Orosa^{1,3}

1. Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en Primera Persona.
2. Asociación de Ocio Inclusivo Saraü.
3. Investigador Marie Skłodowska-Curie, Universidades de Barcelona y Yale (EEUU).

Contacto:

Edgar Vinyals Rojas
Saräü Associació d'Oci Inclusiu
C/ Correu vell 8, Baixos
08002 Barcelona
edgarvinyals@sarau.org

Dr. Francisco José Eiroa-Orosa
Sección de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico
Departamento de Psicología Clínica y
Psicobiología
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
Paseo Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
feiroa@ub.edu

Resumen

Ofrecemos una mirada general sobre la formación en salud mental en primera persona entendida como espacios en los que las personas con experiencias de sufrimiento mental extremo comparten conocimientos entre ellas u ofrecen actividades formativas a profesionales. Tras un recorrido histórico internacional y local, ofrecemos algunos ejemplos de nuestra actividad actual en la Federación Veus de Entidades Catalanas de Salud Mental en Primera Persona y algunas reflexiones sobre los elementos básicos de estas actividades. Desde la Federación Veus, creemos que el intercambio de ideas debe ser la base del empoderamiento colectivo, del que queremos ser partícipes junto a nuestros familiares y los profesionales de salud mental.

Palabras clave: salud mental en primera persona, formación, empoderamiento

Mental health training in first person: from personal experiences to collective empowerment and system transformation

Abstract

We offer an overview of mental health first-person understood as training spaces in which people with experiences of extreme mental suffering share knowledge among themselves or offer training activities to professionals. Following an international and local historical journey, we offer some examples of our current activity in the Veus Federation of Catalan Entities of Mental Health in First Person and some reflections on the basic elements of these activities. From the Veus Federation, we believe that the exchange of ideas should be the basis of the collective empowerment, of which we want to be participants together with our relatives and mental health professionals.

Keywords: first person mental health, training, empowerment

Introducción

En este artículo pretendemos describir e ilustrar el ámbito de la formación en salud mental en primera persona, campo que desde hace unos cuantos años viene siendo afortunadamente más habitual. Nos referimos a formación en salud mental en primera persona tanto en lo que se refiere al intercambio colectivo de conocimientos entre personas que han atravesado un periodo de sufrimiento mental extremo, como en las actuaciones educativas que grupos organizados de estas personas podemos llevar a cabo con profesionales de la salud mental.

Estas actividades formativas se remontan a los albores del movimiento de salud mental en primera persona con ejemplos tempranos como Jean-Baptiste Pussin (ex-paciente por esgrófula convertido en superintendente del famoso Hospital de Bicêtre por Pinel) y su esposa Margueritte Jubline, que marcaron la reforma humanitaria y el inicio del tratamiento moral (Schuster, Hoertel, y Limosin, 2011). En el ámbito anglosajón, aunque movimientos en primera persona como la Sociedad de Amigos de Supuestos Lunáticos del Reino Unido (Hervey, 1986) y el movimiento norteamericano de Higiene Mental promovido por la lucha de figuras como Elizabeth Packard o Elizabeth Stone y fundado por Clifford Whittingham Beers (1921), estuvieron más centrados en la incidencia política, también desarrollaron conferencias y actividades cuyo objetivo era influir en la manera en que los profesionales de salud mental llevaban a cabo su trabajo (Parry, 2010). Aunque la influencia de este movimiento es indudable, ya entrados en el siglo XX, grupos como *“We are not alone”* (no estamos solos) comenzaron el fructífero camino de la auto-organización (Cook y Jonikas, 2002).

Ya entrados en el siglo XX, y tras sentir ciertas faltas de sinergia con el movimiento antipsiquiátrico, una parte del movimiento en primera persona derivó hacia posturas pragmáticas^a que posibilitaron el aprovechamiento de presupuestos liberados por la

^a Se podría decir que esta parte del movimiento adoptó la denominación de movimiento de consumidores, frente a otra parte autodenominada de supervivientes, aunque existe un gran debate sobre el uso de estos términos.

desinstitucionalización psiquiátrica. Inspirados por el trabajo de Judi Chamberlin (1978), algunos de estos grupos tomaron el control de diversos servicios de rehabilitación psicosocial en Norteamérica y posteriormente en Europa. Este tipo de organizaciones, vertebradas bajo el principio que titulaba el mítico libro de Chamberlin, "*On our own*" (literalmente "Por nuestra cuenta"), asumieron la formación de sus miembros como parte de un proceso de modelaje empoderador (Chamberlin, 1984).

Durante la década de los 90 el movimiento de rehabilitación psicosocial, también surgido de las cenizas de los grandes hospitales psiquiátricos, y sus programas insignia como el Tratamiento Asertivo Comunitario originado a finales de los 70 (Stein y Test, 1980), comenzó a incluir voces en primera persona en sus programas formativos oficiales, y desarrollar evaluaciones de su impacto comparado con formaciones desarrolladas en exclusiva por profesionales (Cook, Jonikas, y Razzano, 1995).

Pero es sin duda el movimiento de la Recuperación el que da el impulso definitivo a la formación en primera persona. Armado con los resultados de estudios a largo plazo que mostraban lo falaz de la *Dementia Praecox* de Kraepelin, este movimiento consiguió un impacto político sin precedentes en la década de los 90. Surgido de las sinergias entre el movimiento de usuarios y de profesionales de la incipiente rehabilitación psicosocial, el movimiento llega a dejar una huella imborrable en el ambicioso informe del Cirujano General de los Estados Unidos de 1999 (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, y Kangas, 2006), donde el movimiento en primera persona aparece como una pieza fundamental para la transformación del sistema de salud mental (Bassman, 2000). Las influencias del movimiento de la Recuperación más interesantes para este trabajo fueron la inclusión de trabajadores de apoyo mutuo cuya herramienta de trabajo era la propia experiencia (McGill y Patterson, 1990) y el reconocimiento del valor formativo de las experiencias en primera persona para todos los profesionales de la salud mental (Bassman, 2001).

En el Estado Español, aparte del evidente retraso en el proceso de desinstitutionalización psiquiátrica que supusieron los 40 años de dictadura fascista y sus secuelas (Vázquez-Barquero y García, 1999), ha habido varios factores que han determinado el desarrollo de la formación en primera persona. En primer lugar, es indudable que, aunque organizaciones como la Asociación Española de Neuropsiquiatría o la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, han apoyado al movimiento en primera persona desde sus inicios, no todos los profesionales del ámbito de la salud mental entienden como una prioridad la comprensión subjetiva del malestar psíquico. La continuación de la búsqueda del Santo Grial en forma de marcadores biológicos de muy dudosa utilidad sigue acaparando buena parte de los fondos de formación e investigación en salud mental. El fracaso de esta búsqueda (Whooley, 2014), a pesar de la financiación millonaria recibida para demostrar la causalidad de ciertos desequilibrios neuroquímicos en diferentes enfermedades mentales, causados por la presencia de sus correspondientes polimorfismos genéticos, ha sido reconocido incluso en las fastuosas sesiones inaugurales del congreso anual de la Asociación Americana de Psiquiatría. Sin embargo, sigue siendo habitual ver como la financiación ministerial, incluyendo tanto los proyectos de innovación docente e investigación en salud mental, como los programas posdoctorales insignia (Miguel Servet, Juan de la Cierva y Ramón y Cajal), sigue yendo en esta dirección, mientras tiende a ignorar iniciativas de cooperación con el movimiento en primera persona, que tienden a correr mejor suerte en convocatorias que dan más importancia al impacto social, como es el caso de los Programas Marco de la Unión Europea. Cabría analizar si este aparente sesgo se da por la forma en que se evalúan estos proyectos en el contexto español (muy mediatizado por el factor de impacto de las revistas donde publican los candidatos a esta financiación) o realmente, la parte de los profesionales con mejor currículum y por ende más posibilidades de ser financiados, tienen un genuino desinterés por las voces en primera persona.

En segundo lugar, el desarrollo y la historia del movimiento han moldeado lo que se ha ido entendiendo como formación en primera persona. Mientras que durante las tres primeras

décadas de democracia, el movimiento de familiares acogía un incipiente aunque reducido movimiento en primera persona con vocación de influencia en instituciones y ámbitos profesionales, las Asambleas de Majaras y el movimiento de Psiquiatrizadxs tomaban un enfoque de apoyo mutuo basado en la acción política directa (Correa-Urquiza, 2012). Recientemente, el fortalecimiento de entidades con mayoría en primera persona, ha posibilitado la creación de federaciones en Andalucía y Cataluña, además de una presencia destacada en Asturias, Baleares, Canarias, Madrid, Navarra o Valencia, que podríamos decir aglutinan principios de las principales tradiciones de consumidores y supervivientes estatales e internacionales^b.

Como hemos ido viendo, los dos tipos principales de formación en primera persona de los que hablaremos en este artículo (formación entre iguales, y de personas con experiencia a profesionales) tienen implicaciones bien diferentes. Mientras que en el primer caso estamos hablando de un proceso relativamente horizontal, donde las personas que han atravesado la experiencia se dan herramientas mutuamente, en el segundo estamos hablando de una inversión total de los roles que se acostumbran a tener en el ámbito de la atención en salud mental. Esto posibilita el cuestionamiento de ideas que todavía, en pleno auge del neokraepelinismo (Miranda Aranda, 1999), generan prácticas coercitivas que se dan, al menos en nuestra opinión, al fomentar una praxis alienada de la reflexión sobre el contexto socioeconómico y las relaciones de poder que se dan en el campo de la atención en salud mental.

A su vez, cuando las formaciones se llevan a cabo con estudiantes, las formaciones en primera persona nos permiten deconstruir los conceptos relacionados con la reducción de síntomas y construir una imagen de los procesos de cuidado relacionada con la recuperación, entendida como un proceso idiosincrático y no lineal. A la vez, estas actividades permiten que los derechos no sean entendidos como una obligación que hay que cumplir “a pesar de” lo que

^b A pesar de lo importante de estos hitos, es importante reconocer el trabajo realizado por compañeras que no se sienten cómodas en el ámbito institucional, pero siguen realizando un excelente trabajo de apoyo mutuo como la Xarxa GAM en Cataluña o Flipas GAM en Madrid.

sería mejor para usuarios y profesionales, sino construir desde el principio una práctica comprometida con la emancipación.

Cabe destacar que sería complicada la existencia de programas de formación en primera persona de profesionales si no existen espacios donde podamos aprender de otros compañeros que hayan estado implicados en estas actividades. Estos procesos suponen no solo aprendizajes, sino estímulos para la recuperación a través de la esperanza, siendo el activismo en primera persona, al igual que el de otros tipos, no solo una herramienta de empoderamiento a través de la lucha colectiva por la justicia social, sino también una excelente fuente de realización personal y bienestar (Eiroa-Orosa, 2016).

A continuación, damos paso a un recorrido histórico por los principales proyectos de formación en primera persona en el ámbito catalán.

Experiencias europeas 2000-2010 de formación en primera persona

Como hemos comentado más arriba, la financiación europea ha sido bastante más benevolente que la estatal en cuanto a la financiación de proyectos de formación e investigación con participación en primera persona. En lo que se refiere al ámbito de actuación de nuestra federación, Cataluña, tres fueron los principales proyectos que recibieron financiación en la primera década del nuevo milenio: el proyecto Prospect llevado a cabo en el ámbito del movimiento de familias, el proyecto de Emilia en el que también participaron profesionales y *Formar-se per participar* (formarse para participar), dirigido en primera persona.

Estas experiencias de vanguardia pusieron de manifiesto en el sector los cambios que venían gestándose en relación a la transformación del rol de los pacientes en el contexto de los servicios de atención y la toma de protagonismo del movimiento asociativo de familias y, paulatinamente, en primera persona. Los tres proyectos supusieron en el sector, y especialmente para las organizaciones que los lideraron, un importante punto de inflexión para la penetración del paradigma de la recuperación, la participación efectiva del colectivo de

personas con diagnóstico psiquiátrico en el diseño de intervenciones y el desarrollo del papel del movimiento asociativo en primera persona.

El proyecto Prospect

En 2001 la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI por sus siglas en inglés) promovieron este proyecto de enriquecimiento mutuo entre los principales actores implicados en el proceso de salud y enfermedad mental. Financiado por el programa Leonardo da Vinci, el proyecto comenzó compartiendo durante dos años experiencias y buenas prácticas entre las organizaciones socias. Posteriormente se desarrollaron tres programas de formación, uno dirigido a profesionales, otro a familiares y otro a personas con diagnóstico psiquiátrico. Los tres programas formativos cristalizaron en un módulo común que tiene como objetivo principal fomentar la comunicación entre los tres grupos (San Pío Tendero, 2007).

Los programas formativos estuvieron diseñados con una metodología participativa que promovía el intercambio de experiencias, incorporando a su vez procedimientos y ejercicios sobre habilidades de manejo, comunicación, cooperación y trabajo en grupo. La formación se desarrollaba en grupos de unas doce personas y era facilitada por dos personas con experiencia personal y formación previa en el programa Prospect.

El componente que tenía una especial participación en primera persona, denominado Programa de Formación para Usuarios, tenía como objetivo promover la idea de recuperación y la mejora de habilidades y oportunidades de integración sociolaboral. El trabajo de las experiencias propias alrededor de las vivencias sobre integración social, la educación, la formación y las oportunidades laborales eran los denominadores comunes de esta formación de 10 módulos.

Desde su validación en 14 países europeos (Steffen, 2011), se han realizado diversas ediciones de las formaciones Prospect en España a través de las Federaciones autonómicas de la Confederación Salud Mental España. Con una actualización de contenidos prevista para 2018

en Cataluña, el programa se sigue implementando en el marco del proyecto *Activa't per la Salut Mental* (actívate por la salud mental) colaboración de las Federaciones Salud Mental Cataluña (antigua Federación Catalana de Asociaciones de Familiares y Personas con Problemas de Salud Mental), la Federación Veus y la Generalidad de Cataluña.

El Proyecto Emilia

El proyecto Emilia (del inglés *Empowerment of Mental Illness service users: Lifelong learning, Integration and Action*) fue una colaboración de 10 países iniciado en 2005 con financiación del sexto Programa Marco de la Unión Europea. La razón de ser del proyecto Emilia fue explorar el uso de la formación continuada como medio para mejorar la inclusión social de personas con diagnóstico psiquiátrico, especialmente personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar.

El proyecto posibilitó un nuevo escenario en el que las figuras profesionales y las personas usuarias colaboraban con el objetivo de incorporación de la figura del “experto por experiencia” en los equipos de los servicios de atención de salud mental posibilitando la entrada de esta figura profesional generalizada en el contexto anglosajón. Aunque en principio la formación era realizada por profesionales de la salud mental, la idea era formar a formadores en primera persona que posteriormente pudiesen formar a nuevos participantes. El proyecto ofrecía módulos de formación que incluían talleres multifamiliares, redes de soporte social, recuperación e integración, fortalezas y planes de desarrollo personal (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer, y Flores, 2010).

El socio local, localizado sobre todo en el Centro Fórum del Parque Hospitalario Mar, acabó cuajando en lo que años después fue una de las asociaciones fundadoras de nuestra Federación. La asociación, bautizada Emilia en honor al proyecto, sigue todavía activa en la reivindicación de la inclusión de la figura del técnico de apoyo mutuo en los servicios de atención en salud mental.

El proyecto *Formar-se per participar*

El Proyecto formativo *Formar-se per participar* de la Asociación Ademm surge de la participación durante el año 2008 en el proyecto “Trained today to Train tomorrow”, del programa de formación continuada Grundwisch de la Comisión Europea. En el proyecto colaboraron diez organizaciones entre las que se encontraban como representantes de España la Asociación Ademm, la entonces Asociación Joia y la consultoría social Spora. Otros participantes representaban a Portugal, Polonia, Escocia y Rumania, recogiendo así la diversidad de modelos culturales en Europa, así como diferentes tipologías de sistemas públicos de atención en salud mental donde la presencia y el papel de las organizaciones en primera persona era notablemente heterogéneo.

A lo largo del 2008 se llevaron a cabo 3 encuentros en Rumania, Polonia y Portugal entre las organizaciones participantes, con el objetivo de establecer las bases de un proyecto de Formación de Formadores dirigida a personas con diagnóstico psiquiátrico. La finalidad principal de estas acciones formativas fue estimular la creación y arranque de asociaciones en primera persona en los países de las organizaciones participantes. Adicionalmente, durante los encuentros del proyecto se grabó el documental Voices, donde distintos testimonios en primera persona además de profesionales y políticos, explican sus visiones sobre el estigma, la recuperación y la importancia de las entidades en primera persona.

A lo largo del proyecto, las organizaciones participantes elaboraron un programa formativo con tres bloques temáticos: comunicación, empoderamiento y liderazgo. Transversalmente se trabajaba la puesta en marcha de grupos de trabajo para la creación y organización de asociaciones en primera persona mediante contenidos teóricos, ejercicios y dinámicas grupales. En el bloque formativo de comunicación se desarrollaron conceptos clave para favorecer la comunicación interpersonal como la asertividad, la escucha activa y la retroalimentación. En el bloque de empoderamiento se analizaba el significado y los elementos implícitos del concepto mediante las aportaciones de Judi Chamberlin (1997). En este bloque se

ponía especial énfasis en las estrategias personales para la toma de decisiones autónoma en los distintos ámbitos de desarrollo personal y social.

En el último bloque, el más extenso, se abordaban herramientas y estrategias para la puesta en marcha de dinámicas grupales, los elementos que aporta formar parte de un grupo y las potencialidades de estos para el empoderamiento individual y colectivo. Otro tema incluido en este bloque era el liderazgo, sus distintos tipos y como estos determinan las dinámicas y la toma de decisiones grupales. A partir de un primer tema de análisis de la situación de discriminación que sufre el colectivo, se introducía el activismo y el asociacionismo como respuesta organizada para combatir el auto-estigma y transformar los prejuicios de profesionales, familias y responsables de administraciones públicas. También se trabajaron contenidos sobre los distintos tipos de asociaciones dentro del sector de la salud mental – profesionales, familias, mixtas y en primera persona – y sus elementos diferenciadores. El bloque finalizaba con la unidad temática del asociacionismo en primera persona donde se analizan sus objetivos y los distintos proyectos que desarrollan. Finalmente, también en este último bloque se incorporaban contenidos de análisis sobre las barreras culturales existentes respecto a la participación en estas organizaciones y como se han superado estas barreras desde distintos proyectos y organizaciones europeas en primera persona.

Actualmente las acciones formativas del proyecto *Formar-se per participar* se siguen llevando a cabo, y desde el 2016, se han incorporado acciones de formación a profesionales de servicios de salud mental comunitarios.

Similitudes, complementariedades y valores diferenciales de los proyectos

Entre la puesta en marcha del primer de los proyectos anteriormente descritos y el último existe apenas siete años de diferencia, y, sin embargo, pese a tener numerosos elementos en común y formar parte de la misma tendencia transformadora, existen diferencias significativas entre los planteamientos de unos y otros.

Los tres proyectos, al ser financiados por programas de la Unión Europea incorporaban la metodología colaborativa entre organizaciones de diferentes países europeos. La cooperación entre instituciones con realidades tan heterogéneas aportaba dos elementos clave: la promoción del valor de la cooperación como principio fundamental en los proyectos de transformación cultural y la posibilidad de contrastar metodologías, conocer nuevos proyectos e importar conocimientos de distintas experiencias europeas a España, que supusieron en varios escenarios políticos del sector la renovación del debate gracias a la incorporación de nuevos y sólidos argumentos que empezaron a esterilizar los discursos más conservadores en el sector que venían negando las posibilidades de apertura a nuevas prácticas participativas.

Los tres proyectos contienen una importante carga simbólica, e implicaron una apuesta política al incorporar en sus metodologías el reconocimiento de las personas con experiencias de trastorno mental severo como sujetos razonables y conscientes, con capacidad para aportar conocimiento útil, transferirlo y representarlo en igualdad de condiciones que las familias y a los profesionales. Del mismo modo, los tres proyectos hacían una apuesta firme por reconocer las posibilidades de recuperación de las personas con sufrimiento psíquico extremo. A su vez interpelaban simultáneamente al rol pasivo de usuario/as y pacientes al que generalmente se daba lugar en la cultura organizativa de los servicios y las asociaciones del sector, y en distinta forma, con mayor o menor intencionalidad y de forma más o menos explícita, ponían de manifiesto que el estado de pasividad de las personas afectadas por un diagnóstico psiquiátrico tenía sus orígenes en la propia mirada sobreprotectora y discapacitante de las familias y los profesionales, y no tanto en las limitaciones y disfuncionalidades de las personas etiquetadas con trastorno mental grave, tal y como se venía pensando.

Ofrecer estas posibilidades, tanto en el ámbito formativo, como en los contextos asistenciales o en los escenarios políticos y espacios de participación que suponen las asociaciones y las administraciones públicas, supuso, junto con otras acciones y proyectos que

se venían desarrollando, las bases del paradigma de emancipación y garantía efectiva de derechos que estamos empezando a transitar actualmente.

El proyecto Prospect introdujo la participación de las personas con diagnóstico de trastorno mental en programas formativos que hasta entonces estaban orientados a familias y profesionales. Este gesto implicó el reconocimiento de la participación del colectivo en igualdad de condiciones a familiares y profesionales, suponiendo un importante avance dentro del movimiento asociativo de familias para la transformación del estigma existente en las federaciones de asociaciones de familias, que pocos años antes habían promovido o apoyado la implantación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario en España (Hernández-Viadel, 2012). El diseño del proyecto Prospect instauraba un nuevo escenario en donde familias, profesionales y usuarios ocupaban lugares similares desde donde cooperar horizontalmente.

El día a día, formación de la base social

Gracias a las oportunidades otorgadas por estos proyectos pioneros, pero también por el trabajo cotidiano de muchos compañeros y compañeras, se pudo estabilizar la formación en primera persona en el seno de nuestras entidades. Una vez establecida la Federación Veus en el año 2014, una de las asignaturas pendientes ha sido la formación de la base social de nuestras asociaciones. En este sentido, durante el año 2016 la asociación ActivaMent llevó a cabo el proyecto de Diagnóstico y Capacitación de las Entidades Federadas para la Autogestión, una herramienta para el fortalecimiento del movimiento asociativo de Salud Mental en Primera Persona en Cataluña. El objetivo principal era la facilitación de la autogestión en el seno de nuestras asociaciones, diseñando programas de capacitación personalizados en función de las carencias y posibilidades de cada una de las entidades federadas.

A través de la realización de grupos focales entorno a ejes de gestión administrativa, fomento de la participación, captación de fondos, comunicación interna y externa y diseño, implementación y evaluación de proyectos, se identificaron dos áreas básicas donde nuestras organizaciones tenían especiales carencias para implementar planes efectivos de autogestión:

el fomento de la participación en los espacios de toma de decisiones y la comunicación externa a través webs y redes sociales. Tras un periodo de consulta con las entidades, se han implementado sendos ciclos de formación en torno a estas dos áreas.

Por otro lado, se ha priorizado la formación en resolución de conflictos a través de talleres de reflexión colectiva y comunicación no violenta. Estos espacios son fundamentales debido a las dinámicas complejas por las que atraviesa un movimiento en expansión que requiere de un máximo de implicación personal.

La formación en primera persona, una de las prioridades en las políticas públicas

Desde la constitución de la Federación Veus en junio del 2014, se ha tenido representación directa en los espacios de definición de políticas públicas de la Generalidad de Cataluña e interlocución con los responsables políticos y técnicos de los diferentes departamentos del gobierno catalán.

El acceso a estos espacios ha permitido empezar una nueva etapa política en el que las organizaciones en primera persona son un agente clave en la planificación pública y en consiguiente pasamos a participar directamente en los procesos de diseño, planificación y evaluación en las iniciativas formativas de los departamentos de salud, trabajo, asuntos sociales, justicia, enseñanza, etc.

El Plan Integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones 2017-2019 que incorpora objetivos y acciones para 7 departamentos, recoge el diseño de planes de formación sectoriales con cursos especializados que propicien un espacio de reflexión sobre la relación entre los trastornos mentales, el concepto de ciudadanía y el papel de las personas afectadas dentro de la sociedad. En la puesta en marcha de estos nuevos planes formativos, la Federación Veus y sus entidades miembros colaboraran con:

1. La subdirección general de Planificación y evaluación de servicios del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias en el diseño e implementación de nuevas acciones

del plan de formación del sistema de servicios sociales básicos y especializados, en el que participan anualmente más de tres mil profesionales.

2. La subdirección general de Ordenación y Atención a la Diversidad del Departamento de Enseñanza en el diseño e implementación de la formación permanente de profesionales de los Centros de Recursos Educativos para el alumnado con Trastorno del Desarrollo y la Conducta (CRETDIC) unidades creadas recientemente para ofrecer apoyo a los alumnos/as, sus familias, las/os maestras/os y los Equipos de Asesoramiento y Orientación psicopedagógica (EAP).
3. La Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA) en el diseño y la implementación del programa de formación a los profesionales del sistema de protección a menores.
4. El Gabinete del Consejero de Interior, la Dirección General de la Policía y otros responsables técnicos de los cuerpos de seguridad en el diseño e implementación de formación para el manejo de situaciones de crisis.

Del mismo modo, en el *Plan Director de Salud Mental y Adicciones 2017-2020* del Departamento de Salud también participamos activamente en la definición de nuevos objetivos y acciones formativas para que los profesionales del sistema público de salud mental incorporen conocimientos para la mejora de la práctica asistencial en relación a los derechos y potenciar nuevas capacidades de participación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios. Un ejemplo son los talleres de Promoción y Seguimiento del Apoyo Mutuo para profesionales del *Espai Situa't* (espacio sitúate) llevados a cabo por nuestra asociación federada ActivaMent dentro del proyecto Activa't.

En este plan se encuentra también el objetivo del diseño e implementación de proyectos de formación de técnicos de apoyo mutuo en los servicios asistenciales. En este sentido, se está diseñando un programa formativo y un sistema de acreditación que permita la creación de una nueva figura técnica para incorporar a los equipos de atención directa de los servicios públicos

de la cartera de salud mental. Además del proyecto Emilia, el también mencionado proyecto Activa't ha servido como precursor de la introducción de figuras de apoyo mutuo en el ámbito asistencial ya que ha incluido la formación de moderadores a través de nuestra asociación federada ActivaMent, que han permitido el establecimiento de docenas de Grupos de Ayuda Mutua. Desde nuestra federación creemos que, además de servicios de rehabilitación comunitaria donde este tipo de figuras tienen mayor aceptación, estas figuras deberían estar incluidas en dispositivos de urgencias y hospitalización, donde pueden ser una figura clave para la prevención de coerciones y prácticas desempoderantes.

Formaciones en primera persona en el ámbito universitario y de formación continuada

Una de las primeras experiencias de formación universitaria en primera persona organizado por nuestra federación en ha sido el seminario sobre estigma que se desarrolla desde hace cuatro años en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, combinando contenidos teóricos, testimonios en primera persona y debates. Otras experiencias han incluido el Master en Rehabilitación Comunitaria (Universidad Autónoma de Barcelona y Fórum Salud Mental), el Postgrado de Salud Mental Colectiva (Universidad Rovira i Virgili, Universidad Abierta de Cataluña, y Fundación Congreso Catalán de Salud Mental) o el grado de Medicina de la Universidad Internacional de Catalunya, entre otros.

En esta última colaboración, llevada a cabo en la asignatura de *Habilidades sociales en la Entrevista Clínica*, nos puede servir para ilustrar metodologías docentes innovadoras. En esta acción de reflexión sobre los elementos facilitadores y perjudiciales en la relación médico-paciente, los activistas de la federación formamos equipo junto con dos actores y una actriz. Su papel consiste en encarnar a cuatro pacientes en un laboratorio de simulación de entrevista clínica. Los alumnos y alumnas pasan por boxes de urgencias simulados con el objetivo de evaluar riesgo autolítico, alucinaciones sensoriales o intervenir ante situaciones de alto riesgo. Entre los contenidos teóricos sobre estigma, empoderamiento, derechos y recuperación y los

testimonios en primera persona, se intercalan el visionado en directo de algunas de estas entrevistas que dan pie a interesantes debates.

En el plano de la formación en primera persona a profesionales de la salud mental, la Federación Veus a petición del Departamento de Salud, imparte desde hace tres años dos de las veinte clases que configuran el curso de especialización que reciben todos los residentes de psiquiatría, psicología, enfermería y medicina forense de Cataluña. La acción formativa se programa junto con las correspondientes sociedades científicas y la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, y consiste en una primera sesión teórica sobre estigma, recuperación, derechos y recuperación, además de una segunda práctico-vivencial compuesta por debates en pequeños grupos donde se participa con testimonios en primera y segunda persona (familiares), en colaboración con la Federación Salud Mental Cataluña.

Recientemente, la Federación Veus en colaboración con la Universidad de Barcelona ha recibido apoyo del programa *La Filadora* (la hiladora), financiado con los excedentes del sueldo de los concejales de Barcelona en Común, para la realización del proyecto formativo *Más allá de la recuperación: hacia una atención en salud mental basada en derechos*. Este proyecto, que entiende que el fomento de los derechos de las personas con problemas de salud mental deben ser un elemento transversal de los tratamientos, está dirigido a estudiantes y profesionales de la salud mental. Aunque la formación está en fase de definición, se han previsto módulos sobre alternativas al diagnóstico a través de experiencias compartidas, formulación y establecimiento de objetivos en clave de recuperación, prácticas colaborativas, respeto de preferencias, voluntades anticipadas y fomento del apoyo mutuo.

Conclusiones

Cataluña está siendo testigo de uno de los periodos de mayor florecimiento de su movimiento de salud mental en primera persona. La formación, tanto entre activistas y compañeros/as de viaje en el camino de la recuperación, como de personas con experiencia en primera persona a profesionales es y será uno de los ejes centrales de la Federación Catalana de

Entidades de Salud Mental en primera Persona Veus. Creemos que formarnos y ofrecer formación no solo nos da credibilidad ante la sociedad y ayuda a extender nuestro mensaje entre los colectivos profesionales en los que queremos tener impacto, sino que supone la base de nuestra filosofía de trabajo. Las personas que hemos atravesado el camino de la recuperación sabemos lo importante que es la comprensión del proceso, más allá de donde te lleve. Por ello, creemos que el intercambio de ideas debe ser la base del empoderamiento colectivo del que queremos ser partícipes junto a nuestros familiares y los profesionales que se han formado para atender el sufrimiento extremo. Para los que formamos parte de la Federación Veus la acción educativa, junto a la concienciación frente al estigma y la acción política son las tres principales patas que conforman nuestro plan de incidencia social. Si sumamos el apoyo mutuo, lo que tenemos es la esencia de Veus, una federación nacida para fortalecer el movimiento asociativo en Cataluña, representar al colectivo de personas con experiencia propia y producir y divulgar conocimiento en primera persona.

Referencias

- Bassman, R. (2000). Consumers/survivors/ex-patients as change facilitators. *New Directions for Mental Health Services*, 2000(88), 93–102. <http://doi.org/10.1002/yd.23320008810>
- Bassman, R. (2001). Whose Reality Is It Anyway ? Consumers / Survivors / Ex-Patients can speak for themselves. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(4), 11–35. <http://doi.org/10.1177/0022167801414002>
- Beers, C. W. (1921). *The mental hygiene movement*. New York, NY: Longmans, Green and Company.
- Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Philadelphia, PA: Hawthorn Books.
- Chamberlin, J. (1984). Speaking for ourselves: An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8(2), 56–63. <http://doi.org/10.1037/h0099632>

- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43–46.
- Cook, J. A., & Jonikas, J. A. (2002). Self-determination among mental health consumers/survivors: Using lessons from the past to guide the future. *Journal of Disability Policy Studies*, 13, 88–96. <http://doi.org/10.1177/10442073020130020401>
- Cook, J. A., Jonikas, J. A., & Razzano, L. (1995). A randomized evaluation of consumer versus nonconsumer training of state mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 31(3), 229–238. <http://doi.org/10.1007/BF02188749>
- Correa-Urquiza, M. (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. In *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 885–905). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 57(5), 640–645. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.57.5.640>
- Eiroa-Orosa, F. J. (2016). Activismo en salud mental y bienestar. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(2), 32–35.
- Hernández-Viadel, M. (2012). Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 27–33.
- Hervey, N. (1986). Advocacy or folly: the Alleged Lunatics' Friend Society, 1845-63. *Medical History*, 30(3), 245–275. <http://doi.org/10.1017/S0025727300045701>
- McGill, C. W., & Patterson, C. J. (1990). Former Patients as Peer Counselors on Locked Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatric Services*, 41(9), 1017–1019. <http://doi.org/10.1176/ps.41.9.1017>
- Miranda Aranda, M. (1999). Kraepelin, el kraepelinismo y el neokraepelinismo. *Trabajo Social Y Salud*, 34, 157–171.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., & Flores, P. (2010). El usuario como experto:

concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109–123. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352010000100006>

Parry, M. (2010). From a patient's perspective: Clifford whittingham beers' work to reform mental health services. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2356–2357. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2010.191411>

San Pío Tendero, M. J. (2007). Programas de Formación Prospect. *Norte de Salud Mental*, 27, 133–135.

Schuster, J.-P., Hoertel, N., & Limosin, F. (2011). The man behind Philippe Pinel: Jean-Baptiste Pussin (1746-1811) - psychiatry in pictures. *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), 241–241. <http://doi.org/10.1192/bjp.198.3.241a>

Steffen, S. (2011). European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness initiatives on person-centred care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 344–346. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01579.x>

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>

Vázquez-Barquero, J. L., & García, J. (1999). Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 128–135. <http://doi.org/10.1007/s004060050077>

Whooley, O. (2014). Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Society and Mental Health*, 4(2), 92–110. <http://doi.org/10.1177/2156869313519114>